

Nervenarzt

<https://doi.org/10.1007/s00115-018-0600-7>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018



CrossMark

A. Senkal¹ · P. Brückner-Bozetti¹ · M. Lingenfelder² · A. Blume³ · C. Klode⁴ · T. Steinert⁵¹ Forum für Gesundheitswirtschaft gGmbH, Bremen, Deutschland² Institut für Health Care Management, Philipps-Universität Marburg, Marburg, Deutschland³ Abteilung Versorgungsforschung, Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Ravensburg, Deutschland⁴ Institut für Health Care Management, Philipps-Universität Marburg, Marburg, Deutschland⁵ Zentren für Psychiatrie Südwürttemberg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Ulm, Ulm, Deutschland

Strukturmerkmale und regionale Besonderheiten psychiatrischer Krankenhäuser in Deutschland

Hintergrund

Das Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Leistungen in Krankenhäusern befindet sich derzeit in einer intensiven Entwicklungsphase. Bereits 2009 wurde durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz, insbesondere durch die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP), eine Neuregelung des Vergütungssystems vorgesehen und eine verbesserte Patientenversorgung als Ziel formuliert. Es folgte 2016 das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) mit grundlegenden Veränderungen [1].

Ein wichtiger inhaltlicher Schwerpunkt des PsychVVG ist die Restrukturierung des Vergütungssystems mit der Einführung und Ausgestaltung von krankenhausespezifischen Budgets. Die Vorstellung landeseinheitlicher Preise wurde durch auch in Zukunft klinikindividuelle Budgets ersetzt, welche abhängig von regionalen und strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung vereinbart werden. Durch die Veränderung des geplanten Preissystems in ein Budgetsystem wurde die verbindliche Einführung des PEPP-Entgeltsystems, im Gesetz als „bundesweites und empirisch kalkuliertes Entgeltsystem“

bezeichnet, auf das Jahr 2018 verschoben [2], vor allem aber wurde die mit PEPP ursprünglich geplante Umstellung auf ein reines Preissystem damit verhindert. Das Ziel ist die Stärkung der Verhandlungsebenen vor Ort [12].

Die Krankenhäuser stehen vor der Herausforderung, die mehrkostenverursachenden Strukturmerkmale und Besonderheiten darzulegen, um entsprechend höhere Budgets zu erhalten. Eine empirische Bestandsaufnahme aus dem Jahr 1998 hat bereits gezeigt, dass regionale Unterschiede in der Stationsgröße, Zentralität der Aufnahme, im Grad der Öffnung und der Anzahl von Zwangsmaßnahmen zu beobachten sind [9]. Von den Fachgesellschaften und Verbänden der Plattform Entgelt wurde, basierend auf normativen Formulierungen und Konsens, ein „Konzept eines Budgetbasierten Entgeltsystems“ (2016) entwickelt [5]. Als wesentliche strukturelle Kriterien zur Ermittlung krankenhausespezifischer Budgets wurden dort die erforderliche personelle Ausstattung, die speziellen und milieuthérapeutischen Erfordernisse sowie besondere Strukturkriterien der Krankenhäuser wie die regionale Pflichtversorgung, Gemeindenähe, Dezentralität und Spezialtherapien bezeichnet. Demnach müsse das Budget der jeweiligen Krankenhäuser aus den regionalen Besonderheiten der Versorgungsstruktur, den Qualitätsmerkmalen und den kran-

kenhausindividuellen Strukturmerkmalen abgeleitet werden. Diesbezüglich ist ein Krankenhausvergleich mit leistungs- und strukturbezogenen Parametern vorgesehen.

Bisher existieren keine empirischen Arbeiten, welche die Kosten der Krankenhausstrukturmerkmale und regionalen Besonderheiten analysieren. Im Rahmen des Projekts „Arbeitsorganisation und Personalmanagement von sektorübergreifenden psychiatrischen Leistungen“ (APP) werden sieben Teilprojekte mit verschiedenen Themenschwerpunkten bearbeitet. Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist die Fragestellung, welche Strukturmerkmale und regionalen Besonderheiten zu einer Erhöhung der Kosten von psychiatrischen Kliniken beitragen.

Methode

Bundesweit sind neun psychiatrische Fachkliniken und Krankenhäuser mit Abteilungspsychiatrien an der Studie beteiligt (Tab. 1).

Im Zeitraum von November 2016 bis Juni 2017 wurden insgesamt 37 leitfadengestützte Experteninterviews mit acht Geschäftsführern, neun Leitern des kaufmännischen Controllings, 15 leitenden Ärzten und fünf Pflegekräften aus psychiatrischen Krankenhäusern durchgeführt. Der Interviewleitfaden kann bei Interesse zur Verfügung gestellt werden.

Tab. 1 Übersicht teilnehmender Kliniken differenziert nach Berufsgruppen

	Fachkrankenhaus		Allgemeinkrankenhaus		Gesamt
	Städtisch	Ländlich	Städtisch	Ländlich	
Geschäftsführer	1	6	1	–	8
Controller	2	7	–	–	9
Leitende Ärzte	2	9	4	–	15
Leitende Pflegekräfte	1	4	–	–	5
Gesamt	6	26	5	0	37

Die persönlich und telefonisch geführten Interviews wurden mittels eines digitalen Aufnahmegeräts aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Bei Ablehnung des Audiomitschnitts seitens der Experten wurde das Gespräch von der Interviewerin (A.S.) schriftlich dokumentiert. Die inhaltlichen Kernaussagen der Experten wurden in übergreifenden Stichworten zusammengefasst und anschließend in die übereinstimmenden Themencluster eingruppiert. Diese wurden ausgezählt und deskriptiv ausgewertet. In einer zweiten Befragungsrunde wurden sieben Experten aus dem Bereich Controlling/Finanzen zu der Einschätzung der Mehrkosten aller genannten Variablen befragt. Dafür wurde eine Liste der genannten Strukturmerkmale und regionalen Besonderheiten angefertigt und den Experten vorgelegt. Die Merkmale wurden je nach Höhe des finanziellen Beitrags als „groß“ (>10% der Varianz der Kosten), „mittel“ (5–10% der Varianz der Kosten) oder „gering“ (<5% der Varianz der Kosten) eingeschätzt. Aus den Angaben wurden Durchschnittswerte für die geschätzten Mehrkosten der Strukturmerkmale und der regionalen Besonderheiten gebildet. Aufgrund der kleinen Fallzahl wurden für die untergeordneten Variablen keine Prozentwerte aufgezeigt, sondern es wurde eine Rangfolge anhand der Durchschnittswerte gebildet.

Ergebnisse

Die *Infrastruktur* (Gelände- und Gebäudestruktur) der psychiatrischen Kliniken wurde von 84% der Befragten und damit am häufigsten als budgetrelevantes Strukturmerkmal genannt. Nach Schätzungen der Experten liegt der potenzielle zusätzliche Kostenaufwand durch die

Besonderheiten in der Infrastruktur bei 7% und sollte im Rahmen der Budgetverhandlungen in Zukunft berücksichtigt werden. In der Rangfolge der Häufigkeit der Nennungen folgten spezifische Merkmale der *Landkreisstruktur* als entscheidender Faktor für Mehrkosten (78%). Demnach wiesen ländliche Regionen gegenüber Ballungsgebieten deutlich höhere Kosten auf.

Drei Viertel der Befragten nannten die *regionale Versorgungspflichtung* als Faktor, der mit einer höheren finanziellen Belastung verbunden ist. Nach Schätzungen der Experten werden die durchschnittlichen Kosten hierdurch um ca. 7% erhöht. Des Weiteren wurde eine Reihe von *strukturellen Besonderheiten der psychiatrischen Versorgung* genannt, die für die Kostenunterschiede in psychiatrischen Kliniken bedeutsam sind. Darunter fallen die dezentrale Versorgung mit wohnortnahen Strukturen für aufsuchende Therapien, wie z. B. die stationersetzende Behandlung, die Größe der Stationen, vorhandene Spezialstationen und -therapie, die Anzahl untergebrachter Patienten u. a. m. (Tab. 2). Auch die *Sozialstruktur* in dem Versorgungsgebiet nannten fast zwei Drittel der Befragten als budgetrelevantes Merkmal.

Ein höheres Budget wird auch bei einer Häufung gewalttätiger Patienten für erforderlich gehalten. Das *psychiatrische Versorgungs- und Angebotssystem im Einzugsgebiet* ist ein weiterer Aspekt, welcher bei der Budgetverhandlung berücksichtigt werden sollte. Darunter fallen u. a. der Koordinierungs- und Vernetzungsaufwand sowie die Intensität der Vermittlungsarbeit mit den psychiatrischen Einrichtungen und intersektoralen (komplementären) Strukturen in dem Versorgungsgebiet. Weiterhin sind manche Standorte aufgrund der benach-

barten und angrenzenden Versorgungsregionen zu Mehraufwendungen für *Personalerhaltung/-gewinnung* gezwungen. Um im Personalmarkt wettbewerbsfähig zu bleiben, werden Personalzulagen gezahlt. *Bürokratie und Dokumentationsaufwand*, der insbesondere durch die Neustrukturierung des Finanzierungssystems begründet ist, erhöhen den finanziellen Aufwand ebenfalls. Vereinzelt wurden die modernisierte *EDV* und die technische Ausstattung sowie die Ressourcen, die für die Sicherheit aufgewendet werden, auch mit Hinweis auf den hohen Digitalisierungsgrad als Mehrkosten angeführt.

Die Berücksichtigung von strukturellen Besonderheiten und die Fokussierung auf die Rechte sowie Behandlungsqualität der Patienten wurden als besonders positiv bewertet. Bei einem beträchtlichen Teil der Befragten (38%) herrschte eine große Unklarheit hinsichtlich der Ausgestaltung der Budgetbestimmung und -verhandlung. In diesem Kontext brachten 10 der befragten Experten die große Ungewissheit hinsichtlich zukünftiger Personalvorgaben zum Ausdruck.

Diskussion

Das PsychVVG ist aufgrund der recht hohen Auslegungsfähigkeit vieler Bestimmungen Gegenstand kontroverser Diskussionen. Durch die Expertengespräche wurden die unterschiedlichen Eindrücke und Erwartungen an die Entwicklungen durch das Gesetz verdeutlicht.

Wie durch die Ergebnisse der Experteninterviews bestätigt, ist die regionale Versorgungspflichtung ein entscheidendes Kriterium für das Leistungsprofil einer Klinik [10, 13, 14]. Bisher ist die regionale Pflichtversorgung im PEPP-System nicht abgebildet [13]. Bestandteil der Pflichtversorgung ist auch die Einbindung in gemeindenahe Versorgungsstrukturen, um eine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung zu gewährleisten [3, 7]. Die Mehrkosten durch die Vorhaltungen, wie die Sicherstellung der zeitnahen Behandlung von Behandlungsbedürftigen sowie die enge Kooperation mit weiteren psychosozialen Trägern, sind bei den Budgetverhandlungen zu berücksichtigen, um die Refinanzierung der Ver-

sorgungspflichtung der Kliniken sicherzustellen [13]. Wissenschaftler weisen allerdings in einer Analyse zu den Merkmalen einer regionalen Pflichtversorgung in Deutschland darauf hin, dass die Kliniken mit einem regionalen Versorgungsauftrag vergleichbare Strukturen aufweisen und das Merkmal daher keine Besonderheit darstelle [10]. In diesem Kontext seien die patientenbezogenen Merkmale entscheidend und könnten demnach bei der Budgetverhandlung berücksichtigt werden. Im Rahmen einer Analyse mithilfe der VIPP-Daten (Versorgungsrelevante Indikatoren in der Psychiatrie und Psychosomatik) wurde darauf hingewiesen, dass das Patientenaufkommen außerhalb der Kernarbeitszeiten einen Kennwert bzw. ein zusätzliches Kriterium für die Budgetverhandlung bietet. Für die Kliniken und Abteilungspsychiatrien, die nicht die regionale Versorgungspflicht erbringen, entsteht vermehrt der Anreiz, elektiv zu behandeln und den Schwerpunkt auf die finanziell tragbaren und strategisch gut steuerbaren Leistungen zu verlagern sowie planbare Aufnahmen zu den Kernarbeitszeiten zu verstärken [11]. Kostenunterschiede sind auch zwischen Abteilungspsychiatrien und psychiatrischen Fachkrankenhäusern zu erwarten. Dies wurde zwar nur von 11 % der Experten angeführt, allerdings weist eine Erhebung aus dem Jahr 1998 auf signifikante Unterschiede der inneren Strukturen zwischen psychiatrischen Krankenhäusern, psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und psychiatrischen Universitätskliniken hin [9].

Durch die hier vorgelegte Expertenbefragung wurden viele bekannte budgetrelevante Faktoren bestätigt, welche bisher in den Verhandlungen möglicherweise nicht berücksichtigt werden, jedoch deutlich als Kostenfaktoren gelten. Darüber hinaus wurden weitere neue Aspekte aufgegriffen. In der Auseinandersetzung um die Gestaltung der zukünftigen psychiatrischen Versorgung kommt dem Home-Treatment bzw. den stationsäquivalenten Behandlungen eine große Bedeutung zu [1]. Das wird durch mehr als die Hälfte der Befragten bestätigt, welche eine dezentrale Versorgung mit wohnortnahen Strukturen und aufsuchenden Therapien als be-

Nervenarzt <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0600-7>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018

A. Senkal · P. Brückner-Bozetti · M. Lingenfelder · A. Blume · C. Klode · T. Steinert

Strukturmerkmale und regionale Besonderheiten psychiatrischer Krankenhäuser in Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund. Durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) werden gegenwärtig Krankenhausstrukturmerkmale und regionale Besonderheiten als grundlegende Elemente der klinikindividuellen Budgetfindung dargestellt.

Ziel der Arbeit. Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Identifikation von Krankenhausstrukturmerkmalen und regionalen Besonderheiten, die zu erhöhten Durchschnittskosten der psychiatrischen Krankenhäuser in Deutschland beitragen.

Methodik. Anhand 37 leitfadengestützter Experteninterviews mit Geschäftsführern, Leitern von Controlling und Finanzen, leitenden Ärzten und Pflegekräften von psychiatrischen Kliniken werden die budgetrelevanten Merkmale und die jeweilige Erhöhung der Durchschnittskosten ermittelt.

Ergebnisse. Infrastruktur, Besonderheiten der Landkreisstruktur sowie der Pflichtversorgung und Besonderheiten der psychiatrischen Versorgung stehen an erster Stelle bei den Strukturmerkmalen und regionalen Besonderheiten. Regionale Pflichtversorgung, erhöhter Dokumentationsaufwand und Infrastruktur (Gelände- und Gebäudestruktur) werden als die Merkmale mit dem höchsten finanziellen Mehraufwand bezeichnet.

Diskussion. Die Kliniken stehen zukünftig vor der Herausforderung, erhöhte Kosten aufgrund von Krankenhausstrukturmerkmalen und regionalen Besonderheiten nachzuweisen. Diese Arbeit zeigt, welche Merkmale aus der Sicht des Klinikmanagements die höchste Relevanz haben.

Schlüsselwörter

Klinikbudgets · Krankenhausstrukturmerkmale und regionale Besonderheiten · Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik

Structural features and regional characteristics of psychiatric hospitals in Germany

Abstract

Background. The German Law for the Development of Care and Funding for Psychiatric and Psychosomatic Services (PsychVVG) has established a new regulation for the mental healthcare system. In the future, characteristics of hospitals and catchment areas will be an elementary part of negotiations on remuneration.

Objective. The aim of this study was to identify structural and regional characteristics of psychiatric hospitals in Germany that contribute to increased average costs according to the views of clinical managers and directors.

Methods. In this study 37 guided expert interviews were conducted with business managers, financial controllers, leading medical and nursing personnel from psychiatric hospitals and the characteristics relevant for the budget and increased average costs were collated.

Results. Important factors with top priority were hospital infrastructure, characteristics of the catchment area and specialties of inpatient services provided. Obligatory service for a defined catchment area, increased documentation requirements and infrastructure of buildings and grounds were estimated as being associated with the highest additional financial expenditure.

Conclusion. It is a challenge for clinics to prove increased average costs due to the respective hospital structural and regional characteristics. This study shows which characteristics should be considered as most cost-relevant from the perspective of hospital management.

Keywords

Hospital budget · Financing of psychiatric and psychosomatic services · Hospital characteristics catchment area

Tab. 2 Krankenhausstrukturmerkmale und regionale Besonderheiten

Krankenhausstrukturmerkmale und regionale Besonderheiten	Häufigkeit der Nennungen $n = 37$ n	Ranking der \bar{x} geschätzten Mehrkosten
<i>Infrastruktur (Gelände- und Gebäudestruktur)</i>	31 (84) ^a	7
Pavillonbauweise	23 (62)	2
Denkmalschutz	10 (27)	3
Logistik- und Transportaufwand	9 (24)	1
Größe der Parkanlage/Gärtnerei	8 (22)	3
Energie-, Erdgas- und Wasserversorgung bei dezentralen Gebäudestrukturen	8 (22)	1
Anzahl von Klinikstandorten	4 (11)	4
Besondere moderne Gebäudestrukturen	1 (3)	4
<i>Landkreisstruktur</i>	29 (78) ^a	6
Infrastruktur innerhalb des Landkreises	25 (68)	1
Größe des Landkreises (Angrenzung, Fahrten)	15 (41)	3
Ländlich/städtisch/Ballungsgebiet	15 (41)	1
<i>Regionale Pflichtversorgung</i>	28 (76) ^a	8
24 h-Notfalldienst	23 (62)	2
Intensivbehandlungen (A2-Behandlungen nach PsychPV)	19 (51)	1
Doppelnachtwachen für Stationen mit Aufnahmepflicht bei Notfällen	5 (14)	2
<i>Strukturelle Besonderheiten der psychiatrischen Versorgung</i>	26 (70) ^a	6
Dezentrale Versorgung: wohnortnahe Strukturen für aufsuchende Therapien	20 (54)	2
Größe der Stationen	13 (35)	7
Spezialstationen und -therapien	13 (35)	8
Zwangsunterbringungen	12 (32)	1
Konsiliarstruktur	9 (24)	9
Fort- und Weiterbildung bei Weiterbildungsberechtigung	9 (24)	4
Anzahl der Notfallpatienten	6 (16)	5
Fallzahl pro Arzt/Psychologe/Psychotherapeut	5 (14)	12
Abteilungspsychiatrie/Fachklinik	4 (11)	3
Leistungsstruktur (duale, multiprofessionelle Leitungsmodelle)	4 (11)	10
Facharztquote (Anteil von Fachärzten)	1 (3)	6
Ambulante Behandlungen	1 (3)	11
Bereitschaften im nichttherapeutischen Bereich (IT, Technik, Sicherheit)	1 (3)	5
<i>Sozialstruktur im Versorgungsgebiet</i>	24 (65) ^a	5
Epidemiologische Krankheitsentwicklung	13 (35)	3
Größe des Einzugsgebiets	12 (32)	3
Armutsrate/Anteil an Wohnungslosigkeit	10 (27)	5
Migrations- und Flüchtlingsrate	10 (27)	3
Gewalttätige Patienten	9 (24)	1
Altersstruktur im Versorgungsgebiet	7 (19)	4
Gesellschaftlicher Wandel: Anforderungen und Erwartungen der Patienten	4 (11)	2
<i>Psychiatrische Versorgungsstrukturen im Einzugsgebiet</i>	21 (57) ^a	5
Koordinierungsaufwand, Intensität der Vermittlungs- und Vernetzungsarbeit	15 (41)	2
Intersektorale (komplementäre) Strukturen	15 (41)	1
Bettenmessziffer (Betten pro 100.000 Einwohner)	9 (24)	3
<i>Personalerhaltung/-gewinnung (Personalzulagen bei Konkurrenzdruck)</i>	17 (46)	7
<i>Erhöhter Bürokratismus und Dokumentationsaufwand</i>	17 (46)	8
<i>EDV, Technische Ausstattung und Sicherheit (hoher Digitalisierungsgrad)</i>	1 (3)	7

^aEnthält mindestens eines der darunter aufgelisteten Merkmale

sonderes Strukturkriterium anführen. Entgegengesetzt zu den Zielsetzungen im PsychVVG (die sektorenübergreifende Behandlung psychiatrischer Patienten zu fördern) werden bisher weiterhin sektorale Finanzierungsgrenzen gesetzt, welche stationsäquivalente Behandlungen erschweren. Für eine an den Bedürfnissen der einzelnen Patienten ausgerichtete gemeinde- und wohnortnahe Krankenbehandlung ist dringend die entsprechende Ausrichtung der Rahmenbedingungen erforderlich [6, 13, 16]. Die ab 2018 neu eingeführte stationsersetzende Behandlung ist als budgetneutral konzipiert, kann aber ebenfalls zum Kostentreiber werden, wenn Patienten behandelt werden, die mit dem konventionellen stationären Behandlungsgebot nicht erreicht werden können. Dies wäre aber ggf. nachzuweisen. Nach Studenski et al. [15] hängt die Umsetzung eines pauschalierten Entgeltsystems von externen Merkmalen (u. a. demografische Entwicklung, Patientenklitel im Versorgungsgebiet, Sozioökonomie, Morbidität der Patienten) und klinikinternen Merkmalen ab. Auch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen auf, dass die Sozialstruktur im Versorgungsgebiet nach Ansicht der befragten Experten die Kosten der psychiatrischen Leistungen in Kliniken erhöhen kann. Eine Analyse zu den demografischen Merkmalen der Patienten aus dem Jahr 2012 konstatierte zwar nur wenige Unterschiede unter acht Kliniken [8]; zu beachten ist jedoch, dass in den letzten Jahren bundesweit ein beachtlicher Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund und traumatisierten Fluchterfahrungen zu verzeichnen ist. Diese Patientengruppe stellt insbesondere in Regionen mit einer hohen Bevölkerungsdichte ein Problem hinsichtlich des hohen Behandlungsaufwands aufgrund der sprachlichen, kulturellen und religiösen Barrieren dar. Dies wurde von 27% ($n=10$) Experten genannt. Davon sind die Versorgungsgebiete regional unterschiedlich betroffen. Der erhöhte Therapieaufwand dieser Patientengruppe ist weder im PEPP-System noch in der PsychPV abgebildet [13]. Das neue Finanzierungssystem wird durch die Anpassungsfähigkeit an regionale Veränderungen der Demo-

grafie und Epidemiologie zukunftsfähig gestaltet [4].

Kunze et al. weisen ausdrücklich darauf hin, dass durch die Budgetorientierung eine wirksame Reduzierung des Bürokratieaufwands zu erwarten sei. Demnach wären aufgrund der differenzierten Kostenkalkulation und Budgetverteilung Kosteneinsparungen möglich. Auf Grundlage der durchgeführten Expertenbefragung ist das Gegenteil zu erwarten und eine Verbesserung diesbezüglich eher unrealistisch [14]. Dazu bedarf es künftig weiterer Kostenanalysen.

Die durch die Experten genannten Strukturkriterien mit nachweislich erhöhten Kosten (u. a. besondere Gebäudestrukturen, höhere Energiekosten bei der Pavillonstruktur) wurden bisher nur teilweise bei der Ermittlung des Pflegesatzes in Form von Basiskosten berücksichtigt. Die strukturellen Besonderheiten der psychiatrischen Kliniken werden derzeit nur indirekt durch Patientenmerkmale und therapeutische Prozesse im PEPP-System abgebildet [13]. Es ist dringend eine weitere Anpassung des Budgetsystems an die empirisch aufgezeigten Mehrkosten erforderlich.

Die geringe Anzahl und die Auswahl der teilnehmenden Kliniken, welche auf einer freiwilligen Teilnahme basierte, können Verzerrungen aufweisen, ein Rückschluss auf die Grundgesamtheit aller psychiatrischen Kliniken in Deutschland ist nur bedingt möglich. Wie **Tab. 1** zu entnehmen ist, sind die Fachkrankenhäuser in ländlichen Einzugsgebieten in dieser Untersuchungsgruppe stark vertreten. Da auch innerhalb der Kliniken die Experten freiwillig an der Befragung teilnahmen, ist grundlegend eine Selbstselektion der Studienteilnehmer zu erwarten. Zudem handelte es sich bei der Einschätzung der Mehrkosten um reine Schätzungen mit entsprechenden Irrtumsmöglichkeiten.

Zu beachten ist ferner, dass bei qualitativen Experteninterviews die Gefahr der unabsichtlichen Einflussnahme der Interviewer nicht auszuschließen ist. Jedoch wurde durch die offene Struktur der Expertengespräche sichergestellt, dass alle Hinweise auf strukturelle und regionale Besonderheiten tatsächlich berücksichtigt werden konnten. Hierdurch wur-

den möglicherweise bisher nicht berücksichtigte, aber relevante Faktoren erfasst und ausgewertet. Die leitfadengestützten Experteninterviews ermöglichten gleichzeitig eine standardisierte Auswertung.

Fazit

- Die Untersuchung zeigt auf, dass nicht nur, wie zu erwarten, Infrastrukturaufwendungen von struktureller Relevanz sind, sondern auch die Versorgungsleistungen der Einrichtung sowie der Versorgungsstruktur einer Region (bspw. der Gemeindepsychiatrie).
- Es gibt je nach Region auch unterscheidbare Aufwendungen, die sich aus der Pflichtversorgung der psychiatrischen Einrichtungen ergeben und daher budgetrelevant sind.
- Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch der Hinweis der Experten und in der Literatur auf erhöhten personellen Aufwand in Abhängigkeit vom Notfallaufkommen im Tagesverlauf.
- Angesichts der aktuellen Entscheidungsfindung des Bundesverfassungsgerichts zu Gewalt und Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung ist der Hinweis der Experten auf die damit verbundenen Mehraufwendungen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen bzw. Intensivbehandlungen von hoher Relevanz.
- Die genannten Strukturmerkmale und regionalen Besonderheiten sind nicht für nur die Budgetverhandlungen bedeutsam, sondern auch für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorzunehmende Definition einer Mindestpersonalausstattung
- In dem noch auszugestaltenden Krankenhausvergleich sind nicht nur die psychiatrischen Leistungen im engeren Sinne zu berücksichtigen, sondern auch der Beitrag der Strukturmerkmale sowie regionale Besonderheiten.

Korrespondenzadresse

A. Senkal, M.A.

Forum für Gesundheitswirtschaft gGmbH
Scharnhorststr. 76, 28211 Bremen, Deutschland
a.senkal@forum-fuer-gesundheitswirtschaft.org

Danksagung. Die Untersuchung konnte mit Unterstützung von psychiatrischen Einrichtungen realisiert werden. Die Koordination des Projekts übernahm das Forum für Gesundheitswirtschaft in Bremen. Für diese Unterstützung bedanken sich die Forscher.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A. Senkal, P. Brückner-Bozetti, M. Lingenfelder, A. Blume, C. Klode und T. Steinert geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Bäcker G (2017) Chronologie gesetzlicher Neuregelungen Krankenversicherung & Gesundheitswesen 1998–2016. http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Dokumente/Chronologie_GKV_Gesundheitssystem.pdf. Zugegriffen: 6. Apr. 2017
2. Bühring P (2016) Individuelle Budgets bleiben. Psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser. Dtsch Arztebl 113:33–34
3. Deister A, Heinze M, Kieser C et al (2011) Regionale Verantwortung als Basis für ein zukunftsfähiges Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychotherapie für das Netzwerk „Steuerungs- und Anreizsysteme für eine moderne psychiatrische Versorgung“. https://www.klinikum-itzehoe.de/fileadmin/media/kliniken/Psychoziale_Medizin/netzwerk/Regionale_Verantwortung_Konzept_Final.pdf. Zugegriffen: 29. Aug. 2017
4. Deister A, Hauth I (2016) Auf dem Weg zu einem zukunftsfähigen Finanzierungssystem. Aktueller Stand des neuen Entgeltsystems für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. KU-Gesundheitsmanagement 07-2016:54–56
5. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) für die Entgelt-Plattform der Fachgesellschaften und Verbände für Psychiatrie und Psychosomatik (2015) Konzept eines budgetbasierten Entgeltsystems für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Nervenarzt 86:1400–1402
6. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft DKG (2016) Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 21. September 2016. Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, Ausschussdrucksache 18(14)0197(13) gel. VH zur Anhörung am 26.09.2016_PsychVVG, https://www.dkgv.de/media/file/25131.DKG-Stellungnahme_zum_Anhoerung_im_Bundestag_-_PsychVVG.pdf
7. Deutscher Bundestag (1990) Stellungnahme der Bundesregierung zu dem Bericht „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich (– auf der Grundlage des Modellprogramms „Psychiatrie“ der Bundesregierung. Drucksachen 11/8494). Verlag Dr. Hans Heger, Bonn
8. Driessen M, Wertz J, Steinert T et al (2012) Das Erleben der Aufnahme in eine psychiatrische Klinik. Teil II: Vergleichende Analysen von Patienten- und Klinikmerkmalen. Nervenarzt 84:45–54
9. Gebhardt RP, Steinert T (1998) Innere Struktur der stationären psychiatrischen Krankenhausversorgung 22 Jahre nach der Psychiatrie-Enquête. Nervenarzt 69(9):791
10. Godemann F, Hauth I, Richert A et al (2015) Merkmale einer regionalen Pflichtversorgung in Deutschland. Eine Analyse mithilfe der VIPP-Datenbank. Nervenarzt 86:367–372
11. Höhmann H (2014) Psychiatrische Versorgung erkrankter Menschen sichern. Problematische Konsequenzen des neuen Entgeltsystems, PEPP, für die Chance auf eine nachhaltige Heilung von Patienten. KU-Gesundheitsmanagement 02-2014:22–25
12. Klein-Schmeink M (2016) Kritik am Gesetzentwurf des PsychVVG. Am individuellen Bedarf orientieren. f&w 7:632–634
13. Klimke A, Godemann F, Hauth I et al (2015) Strukturqualität in psychiatrischen und psychotherapeutischen Kliniken. Nervenarzt 86:525–533
14. Kunze H, Grupp D, Heinz A et al (2016) Neuausrichtung der Psych- Entgeltentwicklung. Das System lernt. f&w 7:628–631
15. Studenski F et al (2013) Neues Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik. Gabler Verlag | Springer Fachmedien, Wiesbaden
16. Ungewitter C, Böttger D, El-Jurdi J et al (2013) Struktur und Kooperation in der Versorgung psychisch Kranker. Nervenarzt 84. <https://doi.org/10.1007/s00115-011-3433-1>